

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 99

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA CARIE SÈCHE DE LA HANCHE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 24 Décembre 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri PRADIER

Né le 16 Février 1893, à Lunel.



LYON

IMPRIMERIE L. BASCOU

42-44, Rue Sala, 42-44

—
Décembre 1920

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

CARIE SÈCHE DE LA HANCHE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 99

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA CARIE SÈCHE DE LA HANCHE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 24 Décembre 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri PRADIER

Né le 16 Février 1893, à Lunel.



LYON

IMPRIMERIE L. BASCOU

42-44, Rue Sala, 42-44

—
Décembre 1920.

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNEQ. Doyen.
J. LEPINE. Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT, POLLOSSON M.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{	MM. TEISSIER. ROQUE. BARD.
Cliniques chirurgicales		MM. TIXIER. BÉRARD. FABRE. ROLLET. NICOLAS. LÉPINE (J.), WEILL. POLLOSSON (A). LANNOIS. ROCHET. NOVÉ-JOSSERAND CLUZET. HUGOUNEQ. MOREL. MOREAU. GUIART. LATARJET. POLICARD. DOYON. COLLET. MOURIQUAND. PAYIOT. VILLARD. ARLOING (F.) MARTIN (Etienne). COURMONT (P.). PIC. FLORENCE.
Clinique obstétricale et Accouchements.		
Clinique ophtalmologique		
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		
Clinique neurologique et psychiatrique.		
Clinique des maladies des enfants.		
Clinique des maladies des femmes.		
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.		
Clinique des maladies des voies urinaires.		
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.		
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		
Chimie biologique.		
Chimie organique et Toxicologie		
Natière médicale et Botanique		
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		
Anatomie		
Anatomie générale et Histologie.		
Physiclogie		
Pathologie interne.		
Pathologie et Thérapeutiques générales		
Anatomie pathologique		
Médecine opératoire.		
Médecine expérimentale et comparée.		
Médecine légale		
Hygiène		
Thérapeutique		
Pharmacologie		

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe	MM. VALLAS.
Propedeutique de gynécologie	CONDAMIN.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL,
Accouchements	COMMANDEUR,
Embryologie.	HOVELACQUE
Anatomie topographique	PATEL,
Botanique	BRETIN,
Urologie.	GAYET,
Stomatologie	TELLIER.

AGRÉGÉS

MM. BARRAL COMMANDEUR NOGIER BRETIN LERICHE THÉVENOT (Léon) TAVERNIER	MM. CADE GUILLEMARD GARIN SAVY FROMENT THÉVENOT (Lucien) PIÉRY	MM. COTTE DUROUX HOVELACQUE TRILLAT SARVONAT FLORENCE ROCHAIX	MM. CORDIER ROUBIER FAVRE MURARD BONNET GRAVIER, chargé des fonctions.
--	---	--	---

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. NOVÉ-JOSSERAND, Président ; PATEL, Assesseur ;
MM. BONNET et MURARD, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES FRÈRES

EMILE

et

MARIUS

Mort au Champ d'Honneur

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

A MA TANTE

Douloureusement éprouvés, qu'ils soient assurés de notre profonde affection.

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES

Morts au Champ d'Honneur

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PATEL

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu nous inspirer le sujet de
cette thèse. Qu'il veuille bien accepter nos
remerciements.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES

A notre Président de Thèse
MONSIEUR LE PROFESSEUR NOVÉ-JOSSERAND

Chevalier de la Légion d'Honneur
Professeur de Clinique Chirurgicale infantile

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la prési-
dence de notre thèse, nous exprimons res-
pectueusement notre gratitude.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
CARIE SÈCHE DE LA HANCHE

INTRODUCTION

Parmi la diversité des arthrites tuberculeuses, il est une forme spéciale décrite sous la dénomination de carie sèche. Cette modalité particulière de tuberculose articulaire, tant au point de vue anatomique qu'au point de vue de l'évolution clinique, peut se présenter à l'articulation coxo-fémorale.

Poncet (Maladie des os), Gangolphe (Les arthrites tuberculeuses), Ollier (Traité des résections), étudiant la carie sèche de l'épaule décrite par Volkmann et qui porte son nom, étendent à toutes les articulations le privilège d'une évolution identique. Martel (in Thèse de la Lyon, 1895) parle de carie sèche de la hanche. Le cadre clinique de cette forme atrophique de coxo-tuberculose est fixé déjà dans la thèse de Durantet (1910). La même année, Rottenstein et Houzel (« Revue de Chirurgie », 1910), à propos de trois observations personnelles particulières de coxo-tuberculose, passant en revue de nom-

breuses observations éparses publiées sous les dénominations diverses d'ostéo-arthrite déformante juvénile, de coxalgie à forme torpide anormale, de coxalgie, et qu'ils virent se rapprocher de leurs propres observations, font une étude de la carie sèche de la hanche dont ils fixent le cadre étiologique anatomique et chimique. Enfin, L. Thévenot (La Tuberculose articulaire), décrivant les diverses formes d'arthrite tuberculeuse, étudie la carie sèche de l'épaule et mentionne l'existence de cette forme analogue d'arthrite à la hanche.

Nous avons eu notre attention attirée sur une observation de carie sèche de la hanche par le fait de l'évolution spéciale de l'affection dont le mode de terminaison fut la création d'une hanche ballante.

Dans le cours de ce travail, qui nous fut inspiré par M. le professeur Patel, à qui nous devons l'observation en question, nous basant sur l'étude de cette forme originale et la rapprochant de deux observations empruntées à différents auteurs, nous nous efforcerons de contribuer à l'étude de cette forme atrophique de coxalgie sans suppuration.

L'observation II est empruntée à l'étude de Rottenstein et Houzel; l'observation III à Durantet.

Nos considérations porteront sur l'étiologie, la symptomatologie et le diagnostic de cette affection, sans oublier l'étude radiographique d'un très grand intérêt. Nous dirons quelques mots du traitement qui doit présenter des modalités variables suivant l'évolution de l'affection traitée.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(due à M. le P^r PATEL)

Arthrite tuberculeuse de la hanche droite, ayant débuté en 1917. — Évolution lente. — Carie sèche de la hanche avec disparition de la tête et du col fémoral. — Hanche ballante.

Mme E..., 52 ans, sans profession, pas d'enfants. Antécédents personnels : a eu une pleurésie il y a dix ans et a de fréquentes bronchites.

En 1916, la malade se plaint de son état général, de faiblesse, de vertiges, d'anorexie. Elle accuse quelques douleurs dans la jambe droite.

L'affection actuelle semble avoir débuté en octobre 1917, époque à laquelle la malade perçoit des craquements dans la hanche droite; les douleurs sont plus violentes, l'état général est mauvais, il y a amaigrissement. Il y a gêne réelle des mouvements de l'articulation coxo-fémorale droite.

En novembre 1917, la malade est alitée; l'impotence fonctionnelle du membre inférieur droit est absolue.

Examen à cette époque : Douleur spontanée de la hanche droite. A l'inspection, on note de l'empâtement du pli de l'aîne, de l'œdème de la cuisse; le membre inférieur est en abduction et rotation externe; il y a abaissement de l'épine iliaque antéro-supérieure du côté malade. L'exploration de la hanche est douloureuse, les mouvements sont limités.

Le diagnostic porté est celui de coxalgie droite. Un traite-

ment général est institué (huile de foie de morue). Le traitement local consiste dans le repos, le membre inférieur droit dans l'immobilisation absolue en bonne position.

La malade reste alitée huit mois.

En mars 1918, l'empâtement de l'aîne disparaît.

En juillet 1918, la malade se lève, le membre reste immobilisé de façon absolue durant six mois encore.

Examen en février 1919, après quatorze mois d'immobilisation : Pas de douleur spontanée et provoquée. A l'inspection, un léger œdème au pli de l'aîne est noté; ainsi qu'un raccourcissement du membre. La palpation révèle l'ascension du grand trochanter au-dessus de la ligne de Nélaton-Roser, dans la fosse iliaque externe. La mensuration rend manifeste une légère atrophie de la cuisse et de la jambe droite, et confirme un raccourcissement réel de 4 centimètres, du côté droit, mesuré la malade étant debout.

L'exploration des mouvements de la hanche les révèle anormaux, exagérés, dans toutes les directions, flexion, extension, abduction, adduction et rotation; ce sont de véritables mouvements de poliehinelle.

La malade debout, on note une ascension du grand trochanter dans la fosse iliaque externe; la marche est impossible. L'état général est bon.

En juin 1920, l'état général est excellent; la malade refuse toute intervention. Elle est munie d'un appareil orthopédique.

Examen radiographique. — Cet examen fait paraître des modifications portant à la fois sur l'extrémité supérieure du fémur et sur la cavité cotyloïde.

Extrémité supérieure fémorale : On note la disparition absolue de la tête fémorale et du col fémoral, un certain degré de raréfaction du grand trochanter se traduisant par une teinte plus claire (comparaison avec la teinte du côté opposé).

Cavité cotyloïde : on note un écoulement du sourcil cotyloïdien à sa partie supérieure et un certain degré de raréfaction.

A la partie supérieure de l'articulation, on remarque une lamelle osseuse paraissant provenir du grand trochanter.



Radiographie. — Malade de l'Observation I.

OBSERVATION II

(ROTTENSTEIN *et* HOUZEL, *Revue de Chirurgie*, 1910)

Mlle C..., 20 ans, sans profession. Antécédents héréditaires nuls. Parents bien portants, quoique excessivement nerveux. Une sœur vivante, bien portante.

A l'âge de 12 ans, la malade souffre de violentes névralgies faciales qui durent plusieurs mois et guérissent sans traitement spécial.

A l'âge de 15 ans, abcès du dos du pied droit, pour lequel un médecin de Reims, où séjournait la malade, fit le diagnostic d'ostéite. Deux ans plus tard, Mlle D^r Lévy eut l'occasion de soigner la malade et constata à ce pied une fistule qui guérit sans difficulté après cautérisation au thermo-cautère et pansement aseptique.

La maladie actuelle remonte au mois de mars 1907, à deux ans et demi, par conséquent. Les premières manifestations furent des douleurs dans le quadriceps fémoral droit. Ces douleurs rétrocedèrent vite, mais reparurent avec une plus grande intensité quelques mois plus tard, lors d'un séjour de la malade en Angleterre. Ces douleurs persistent jusqu'en janvier 1908, moment où elles s'aggravent d'une gêne réelle des mouvements du membre inférieur droit avec claudication. Un médecin anglais, consulté, constate à ce moment l'intégrité des mouvements de la hanche, et recommande à la malade de faire le plus d'exercice possible. Malgré cela, douleurs et claudication persistent jusqu'à fin février 1908, puis disparaissent presque complètement, de sorte que la malade se croit guérie. En avril 1908, tous les phénomènes réparaissent, et Mlle D^r Lévy l'envoie à M. le professeur Quénu. Ce dernier étant absent, c'est l'un de nous qui est appelé à l'examiner.

Examen le 11 avril 1908. — La malade boite fortement du côté droit et marche avec beaucoup de difficultés en s'aidant d'une canne et soutenue par une personne.

Examinée debout, la malade incline fortement le bassin du côté sain. Saillie un peu plus marquée du grand trochanter

du côté droit. Vue de dos, le pli fessier droit est légèrement plus haut que le gauche, tout en étant aussi marqué. Pas d'atrophie visible des fessiers.

Etendue à plat sur le dos, hanche d'aspect normal, pas d'ensellure lombaire. L'exploration de la hanche est très difficile à cause de la douleur. Elle se plaint également lorsqu'on touche le genou et même la jambe. L'exploration des mouvements provoqués de la hanche, pratiquée avec douceur, permet de constater que les mouvements de flexion et d'abduction sont possibles, quoique fort douloureux. La mensuration montre une égalité parfaite des deux membres inférieurs. Pas d'atrophie musculaire, pas de ganglions, ni cruraux, ni iliaques. La percussion du grand trochanter et du talon n'est pas douloureuse.

Etant donnée cette absence de signes de coxalgie, la douleur superficielle et mal limitée, la nervosité manifeste de la malade et de son entourage, ajoutées à ce fait que les premiers symptômes ont apparu après une grosse déception de la malade, nous portons le diagnostic de coxalgie hystérique.

Le traitement institué est : bromure, lotions fraîches, marche modérée sans soutien, autant que possible.

M. le professeur Quénu voit la malade quelques jours plus tard et considère ce diagnostic comme probable.

A ce moment, nous avons cessé de voir la malade, et c'est à l'obligeance de Mlle le docteur Lévy que nous devons les renseignements qui suivent.

A la fin du mois d'avril 1908, la malade a des crises douloureuses dans le membre inférieur droit, surtout le soir et la nuit. Ces douleurs sont absolument analogues à celles de la névralgie sciatique. Le froid et l'humidité ont une influence manifeste sur l'intensité de ces crises. La douleur est tantôt superficielle, tantôt profonde, mais correspond toujours au trajet du sciatique.

A partir de ce moment, mai 1908, il est impossible de constater si le jeu de l'articulation se fait librement, car les mouvements de flexion de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin provoquent des douleurs si vives que la malade refuse énergiquement tout examen de ce genre.

Apparition d'un gonflement de tout le membre inférieur, y

compris le pied. Ce gonflement est intermittent, disparaissant certains jours complètement. La douleur n'est pas réveillée par la pression sur le talon, mais le genou est particulièrement douloureux et la percussion du bord externe de la rotule provoque une crise douloureuse plus ou moins longue.

La malade n'a pas quitté le lit pendant trois mois :¹ mai, juin, juillet 1908. Mais comme la position allongée lui était très pénible, elle restait constamment couchée en chien de fusil sur le côté sain.

Vers la fin juillet 1908, les phénomènes douloureux s'amendent, il n'existe plus qu'un état d'endolorissement vague siègeant surtout au niveau du genou. La malade se lève, un peu, mais le pied ne peut porter sur le sol et elle se traîne avec deux cannes. A ce moment, son attitude était bien différente de celle des coxalgiques; elle marchait en portant la tête et le thorax en avant, fléchi sur le bassin.

L'examen du membre malade ne montrait pas d'atrophie musculaire et la région lombaire ne présentait pas de cambrure exagérée.

Au mois d'août 1908, départ pour la campagne, aux environs de Reims. L'état reste stationnaire en apparence, et la malade est revue par Mlle le docteur Lévy à la mi-octobre 1908.

La position couchée est toujours très pénible et tous les mouvements, si légers soient-ils, réveillent une douleur diffuse dans le membre inférieur droit. Le gonflement de tout le membre persiste, la fesse du côté malade est abaissée et le corps, au lieu d'être porté en avant comme lors du départ en vacances, est plutôt rejeté en arrière. Les fessiers et quadriceps sont atrophiés; toutefois, comme les douleurs aiguës ne reparaissent plus, la malade se croit en convalescence. Mais comme l'impotence fonctionnelle augmente en même temps que l'atrophie musculaire, on demande, fin décembre, une nouvelle consultation à M. le professeur Quénu.

Ce dernier fait les constatations suivantes : La claudication, l'impotence fonctionnelle ont augmenté, il existe une atrophie musculaire manifeste portant sur les fessiers et les muscles de la région antérieure de la cuisse. La mensuration montre un raccourcissement de 4 centimètres. Le membre inférieur droit est en adduction légère, flexion à peine marquée et légère rota-

tion interne. On fait la radiographie (9 janvier 1909). Elle montre une luxation de la hanche en haut.

Le 31 janvier 1909, chloroformisation. On constate, une fois les muscles relâchés, que les mouvements articulaires sont, non seulement possibles, mais faciles. A chaque mouvement provoqué, on entend et l'on perçoit de gros craquements osseux sourds et prolongés. En pratiquant la flexion et l'abduction, on sent nettement la tête fémorale glisser vers le bas avec un léger ressaut. Dès que le membre est abandonné à lui-même, il reprend sa position primitive, ce que montre bien la mensuration.

M. le professeur Quénu décide de faire de l'extension continue avec l'appareil d'Hennequin, qui est appliqué le 6 février 1909.

Le résultat immédiat est que la malade voit cesser ses douleurs. Pendant les quinze premiers jours, elle ressent dans la cuisse des soubresauts musculaires assez violents pour empêcher tout sommeil. Puis tout rentre dans l'ordre.

L'extension continue est maintenue jusqu'au 17 avril 1909 (70 jours). A ce moment, on constate que le membre est dans la rectitude absolue et que le raccourcissement a disparu. Les deux membres inférieurs sont de longueur égale. Les mouvements de l'article ne sont pas explorés, pour ne pas gêner l'ankylose qu'on recherche.

La malade reste au lit sans appareil jusqu'au 7 mai, et, la luxation ne se reproduisant pas, application d'un appareil plâtré embrassant le bassin, et descendant jusqu'à la cheville.

La malade part au bord de la mer. Pendant toute la durée de la maladie, l'état général est resté parfait. La malade a même engraisé dans de notables proportions.

Examen radiographique. — Ce qui frappe à première vue, c'est l'asymétrie du bassin, fortement incliné du côté sain. La hanche gauche est normale. La hanche droite, au contraire, présente de sérieuses modifications. Tout d'abord, elle est subluxée : la partie inférieure du cotyle est vide. Le quart supérieur environ seul est en contact avec la tête fémorale. Au niveau de ce point, il est impossible de faire la démarcation de ce qui appartient à l'une ou à l'autre de ces deux parties en présence. Il existe une véritable pénétration du pôle inféro-

interne de la tête fémorale dans le sourcil cotyloïdien, disparu à ce niveau. Une nouvelle cavité de logement paraît s'être formée au-dessus de l'ancienne, déshabitée.

Du côté de la tête fémorale, on ne peut pas noter de grandes altérations de forme. Elle est régulièrement arrondie, peut-être un peu aplatie dans sa partie supérieure.

Au point de vue des dimensions, par contre, il y a des modifications. On note une atrophie manifeste de la tête dans toutes ses dimensions.

Il n'existe pas d'altérations au niveau du col. Pas davantage de modifications de la largeur, mesurée au niveau de la ligne intertrochantérienne. Pas d'atrophie de la diaphyse.

Il existe encore une différence de teinte très marquée entre les deux extrémités fémorales, le côté malade étant notablement plus clair, signe de raréfaction osseuse.

En résumé, cette étude radiographique montre : une raréfaction osseuse de toute l'extrémité supérieure du fémur droit, une tête fémorale peu changée de forme, mais diminuée dans toutes ses dimensions, une cavité cotyloïde en partie déshabitée. Le quart supérieur de cette cavité est le sourcil cotyloïdien d'une part, le pôle inféro-interne de la tête, d'autre part, se sont mutuellement pénétrés de telle façon qu'il est impossible de délimiter une séparation entre les deux.

OBSERVATION III

(in *Thèse* de DURANTET)

P. M. C., 44 ans, entrée à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu, à Lyon, le 8 décembre 1909. La malade est envoyée à l'hôpital par le docteur Piéry parce qu'elle a la hanche gauche douloureuse, déformée, qui la gêne considérablement pour marcher.

Antécédents héréditaires : père mort à 71 ans d'une affection indéterminée qui, semble-t-il, n'était pas tuberculeuse. Mère morte à 67 ans, d'asthme.

Un frère et trois sœurs, tous vivants et bien portants. Pas

d'enfants morts dans l'enfance. Aucun des parents n'a été atteint de bronchite et de rhumatisme.

Antécédents personnels : la malade dit avoir eu une assez bonne santé. Pas de maladies de l'enfance, pas d'adénites. Cependant, la malade est sujette à s'enrhumer pendant les hivers. Ces rhumes ne sont jamais accompagnés d'expectoration ni d'hémoptysies.

A l'âge de 7 ans et demi, la malade, en sautant à la corde, fit une chute et heurta un trottoir avec la hanche gauche. Après l'accident, elle ne peut se relever, elle fut mise au lit mais se leva le lendemain.

A partir de ce moment, la malade tira la jambe en marchant ; celle-ci était paresseuse.

C'est alors que M. le docteur Delore eut à l'examiner; elle entra à la Charité où un silicate fut appliqué. Le séjour de la Charité dura cinq mois environ; après quoi, la malade rentra chez elle avec un appareil orthopédique; le silicate avait été laissé jusqu'à la sortie de l'hôpital.

La malade garda l'appareil pendant dix-huit mois, puis celui-ci fut peu à peu enlevé et la marche effectuée avec des cannes.

A ce moment, le membre inférieur gauche était déjà considérablement raccourci, nécessitant le port d'un soulier à semelle et talon épais. L'appareil, devenu inutilisable, fut enlevé à l'âge de dix ans. A partir de ce moment, la malade a marché avec un soulier orthopédique; elle boitait, car le membre était très raccourci, mais elle ne souffrait pas.

A l'âge de 25 ans, nouvelle poussée dans l'articulation coxo-fémorale. A ce moment également, apparurent des douleurs dans la hanche; la marche était douloureuse et l'emploi des cannes devint nécessaire. Dans la suite, la malade a presque toujours souffert. Cet état s'améliorait temporairement, puis s'aggravait, et cela jusqu'à l'époque actuelle. Pourtant, les douleurs ont augmenté ces temps-ci, et c'est ce qui décide la malade à entrer à l'hôpital.

Etat actuel (décembre 1909) :

Examen : Membre inférieur gauche est considérablement raccourci et atrophié. Il existe une déformation nette au niveau de l'articulation de la hanche. Le fémur, usé, s'est luxé dans

la fosse iliaque externe et détermine la déformation de la région.

En somme, de visu, on peut affirmer une subluxation considérable. La palpation, assez douloureuse, fait sentir le grand trochanter déplacé et situé bien au-dessus de la ligne de Nélaton-Roser. Le membre inférieur est raccourci : 10 cm. de moins que celui du côté droit (75 cm. et 85 cm.).

Le raccourcissement est en grande partie dû à la subluxation et aussi à une absence de développement du fémur, qu'accuse la mensuration.

La jambe malade est frappée d'une impotence considérable; le membre est difficilement soulevé; l'abduction et l'adduction sont limitées et douloureuses. Le membre est très fléchi sur le bassin, mais cette flexion pathologique est masquée par une ensellure lombaire. Le reste du squelette est intact.

Rien aux autres articulations et à la colonne vertébrale. Pas d'adénopathie nette dans le triangle de Scarpa.

L'examen des autres viscères est négatif.

Rien aux poumons. Rien au cœur.

En somme, il semble bien que l'on ait affaire à une arthrite sèche de l'articulation de la hanche avec poussées successives.

Examen radiographique. — La tête fémorale est en partie détruite, la cavité cotyloïde est agrandie, son bord supérieur a disparu presque complètement.

CHAPITRE PREMIER

ETIOLOGIE. — PATHOGENIE ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les auteurs qui se sont occupés de la question admettent une égale fréquence de l'affection dans les deux sexes. Elle se rencontrerait « surtout entre 7 et 35 ans, avec prédominance marquée vers 14 à 20 ans » (Rottenstein et Houzel), ce serait une affection de l'adolescence.

Nous admettons ce cadre étiologique pour ces formes de carie sèche dont le terme de guérison est l'ankylose fibreuse serrée, sans trop grande atrophie de la tête fémorale et du cotyle. Mais ce cadre doit être élargi considérablement à l'âge adulte pour ces arthrites tuberculeuses qui se révèlent radiographiquement par une atrophie manifeste de l'extrémité fémorale et de la cavité cotyloïde, sans ankylose.

L'observation II présente une malade de 20 ans, l'observation III de 44 ans et l'observation I une malade de 52 ans, et progressivement la carie sèche a présenté un degré supérieur d'atrophie osseuse, qui, dans le cas

de l'observation I, se manifeste par la disparition absolue de la tête et du col fémoral.

Dans ses manifestations les plus fréquentes, les plus nettes la carie sèche est donc une affection de l'âge adulte.

Cette affection est, dans la grande majorité des cas, unilatérale, exceptionnellement la bilatéralité a été notée.

Quant à la nature tuberculeuse de cette forme d'arthrite, nous ne saurions la discuter, elle est admise aujourd'hui par tous les auteurs. Parmi toutes les formes d'arthrites tuberculeuses. L. Thévenot classe la carie sèche entre le rhumatisme tuberculeux sans déformation, d'une part, et l'arthrite fongueuse, d'autre part.

Anatomie pathologique. — La carie sèche de la hanche étant en tous points semblable à celle de l'épaule, l'anatomie pathologique de cette affection pourra s'identifier à celle, bien décrite à propos de l'épaule, par les auteurs (Ollier, Poncet, Martel, Demoulin, Thévenot), et l'on peut imaginer ainsi que Rottenstein et Houzel l'ont fait, l'évolution anatomique de la lésion, de la façon qui suit.

Début probablement osseux par de petites granulations dures qui ulcèrent l'os, soulèvent le cartilage qui, à son tour, de plus en plus mince, finit par disparaître, découvrant l'ulcération osseuse irrégulière. Ces ulcérations osseuses de profondeur, de dimensions variables, peuvent être tapissées de fongosités très peu apparentes, atrophées en quelque sorte. Dans l'intérieur de l'os spongieux, des cavités se creusent de la même façon, des géodes plus ou moins grandes qui finissent par s'ouvrir

les unes dans les autres. Le résultat de ce processus est différent suivant le degré de la lésion, et peut aller depuis la simple réduction globale de la tête jusqu'à sa complète résorption, ainsi qu'il apparaît dans l'observation I.

Ce processus s'étend aux voisins, et nous voyons la cavité cotyloïde se raréfier, se résorber même en partie. nous voyons le col fémoral disparaître, le grand trochanter raréfié (Obs. I.).

Du côté de la synoviale et de la capsule articulaire, on note un épaissement et une certaine rétraction.

En résumé, nous assistons à une fonte osseuse, une résorption de la tête fémorale sans formations de fongosités manifestes, sans séquestres, sans abcès, par suite sans fistules articulaires.

Nous avons eu la bonne fortune de voir dans le service de M. le professeur Patel, des pièces anatomiques, extrémité supérieure du fémur droit et os coxal, qui faisaient paraître nettement les lésions caractéristiques de cette fonte osseuse.

On remarquait :

Du côté du fémur : le grand trochanter raréfié, érodé sur sa face antéro-externe — le col fémoral bien dessiné — la tête fémorale considérablement amoindrie, surtout aplatie, sans aucune démarcation nette avec le col.

Du côté de l'os coxal : le cotyle agrandi à bords érodés, surtout le bord supérieur, et à fond transparent présentant l'aspect d'une lame papyracée.

La tête fémorale très réduite jouait librement dans la cavité cotyloïde agrandie.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

Rappelons tout d'abord brièvement la symptomatologie de la carie sèche de la hanche telle qu'elle a été décrite par Rottenstein et Houzel qui distinguent quatre périodes :

1° **Période de début.** — L'élément essentiel est la douleur souvent à caractères de névralgies sciatiques, à localisation variable, très intense, parfois atroce, douleur réveillée et exaspérée par le mouvement, le froid, l'humidité, douleur à irradiations vers le genou. A cause de la douleur, on a une impotence fonctionnelle très marquée par contraction musculaire, avec absence de signes physiques.

2° **Période d'état.** — La douleur et la contraction musculaire persistent. Des troubles trophiques apparaissent du côté des muscles périarticulaires et du côté de la peau.

Signes physiques : on note l'attitude du bassin incliné du côté sain ; le membre inférieur est en flexion et adduc-

tion légère, un peu en rotation interne; debout, on note la saillie du trochanter et l'adduction du membre malade. A la palpation, ni ganglions, ni empatement, ni œdème périarticulaire.

L'étude des mouvements est impossible sans participation du bassin. Sous chloroforme, tous les mouvements sont possibles, même exagérés, et on note des craquements articulaires perceptibles à l'ouïe et à la palpitation. Un léger raccourcissement vrai peut exister.

3° Période de luxation. — La tête fémorale réduite tend à remonter du fait de la contraction musculaire. Le sourcil cotyloïdien s'écule vers le haut, il se produit un chevauchement de la tête sur le sourcil. On a alors les symptômes de la luxation en haut : grand trochanter au-dessus de la ligne de Nélaton Roser, membre en rotation interne.

4° Période de terminaison. — Elle est caractérisée par l'ankylose fibreuse serrée.

Jetons maintenant les yeux sur l'observation I, et nous voyons que, si au début le symptôme essentiel fut la douleur avec contraction musculaire, douleur qui se révéla même dans la jambe un an avant l'apparition de symptômes nets à la hanche, la période d'état se différencie du cadre précédemment décrit, et est en tous points semblable à la période d'état de la coxalgie ordinaire, à tel point que ce dernier diagnostic fut porté, et seule l'évolution ultérieure permit le diagnostic de carie sèche.

Nous admettrons donc un cadre symptomatologique moins rigoureux, comprenant trois périodes :

1° Période de début. — Sa caractéristique est la dou-

leur, encore qu'il ne faille point attribuer à ce symptôme subjectif une trop grande valeur pour le diagnostic de carie sèche et la contraction musculaire de défense.

2° Période d'état. — Celle-ci est essentiellement variable.

Ou bien les symptômes sont tels qu'ils correspondent à une simple aggravation des symptômes précédents avec apparition de troubles trophiques et de signes physiques, tels qu'ils ont été décrits plus haut.

Ou bien, ainsi qu'en donne l'exemple la malade de l'observation I, l'évolution de l'affection à cette période se fait en deux stades :

a) Un premier stade pendant lequel on note les symptômes suivants : douleur spontanée et provoquée, à l'inspection de l'empâtement du pli de l'aîne, de l'œdème de la cuisse ; la position du membre en abduction et rotation externe ; exploration douloureuse ; craquements ; mouvements très limités. En résumé, on note tous les signes d'une coxalgie ordinaire.

b) Un deuxième stade, pendant lequel se produit progressivement la disparition de tous les signes extérieurs précédents de la réaction articulaire. L'empâtement de l'aîne, l'œdème de la cuisse disparaissent sous l'influence du repos. Mais alors se montrent nettement tous les symptômes conditionnés au processus atrophique osseux : Inclinaison du bassin du côté sain ; raccourcissement réel du membre du côté malade, dû à la résorption de la tête fémorale ; ascension du grand trochanter au-dessus de la ligne de Nélaton-Roser dans la fosse iliaque externe ; l'étude des mouvements les montre exagérés, leur amplitude est telle parfois qu'on peut

donner à ces mouvements le qualificatif de mouvements de polichinelle.

3° Période de terminaison. — Celle-ci n'a point toujours pour caractère essentiel l'ankylose fibreuse serrée. Il peut souvent persister à la hanche des mouvements exagérés du fait de la résorption dans toutes ses dimensions de la tête fémorale et du fait de l'agrandissement de la cavité cotyloïde.

Et même l'exagération de ces mouvements, symptomatique d'une très grande atrophie osseuse, est telle parfois, qu'on donne le nom de hanche ballante à l'articulation coxo-fémorale, siège de ces mouvements.

Diagnostic. — Donc, l'évolution de la carie sèche de la hanche ne se fait point de telle façon que le diagnostic puisse être porté d'emblée dès le début ni même à la période d'état.

Les symptômes du début peuvent faire penser à la coxalgie hystérique, à une poussée rhumatoïde, mais bientôt les symptômes persistant et s'aggravant, on ne s'arrêtera pas à ces premiers diagnostics. On écartera l'arthrite ostéo-myélitique à forme subaiguë, l'ostéite juxta épiphysaire, leur évolution est plus brutale avec fièvre élevée et suppuration. On s'oriente ainsi vers la coxalgie, et bien souvent ce diagnostic sera porté en présence des signes apparents, empâtement, œdème, de l'inflammation articulaire, et des signes physiques.

Seule l'évolution lente, prolongée, la marche particulière de l'affection, l'absence de suppuration, l'examen radiographique, sur lequel nous reviendrons, permettront ultérieurement de s'orienter vers la forme sèche.

Le diagnostic peut être fait également avec le rhu-

matisme tuberculeux ankylosant mais celui-ci « apparaît en général brusquement comme un rhumatisme. La jointure touchée est rouge, chaude, gonflée, douloureuse et c'est sous cette apparence fluxionnaire que l'arthrite marche vers l'ankylose, sans cette atrophie précoce des os et des muscles, sans ces sourdes douleurs avec irradiation qui marquent le début caractéristique de la carie sèche » (Poncet et Leriche, « Revue de Chirurgie »).

Enfin dans le cas où le mode de terminaison est la hanche ballante, le diagnostic peut être fait avec l'arthropathie tabétique dont le processus atrophique est bien spécial. Mais on serait orienté vers ce dernier diagnostic, d'une part, par l'étude des antécédents et des symptômes antérieurs (symptômes céphaliques, douleurs fulgurantes), d'autre part, par l'évolution particulière de l'affection à début brusque, spontané avec gonflement extrême de l'articulation et indolence remarquable.

CHAPITRE III

ETUDE RADIOGRAPHIQUE

Cette étude basée sur les examens radiographiques dont ont fait l'objet les malades des observations que nous publions, révèle des modifications de structure dues au processus bacillaire atrophique et qui rendent logique le terme de carie sèche donné à cette forme de coxo-tuberculose.

On peut imaginer qu'il y a eu là deux stades successifs de modification de l'articulation.

1° Un stade de raréfaction osseuse ;

2° Un stade d'atrophie.

I. — Le premier stade se traduit à la radiographie par une teinte plus claire, comparée à la teinte du côté sain, et qui rend net un certain degré de raréfaction osseuse qui devient de plus en plus apparent.

II. — Stade d'atrophie. — Des modifications réelles apparaissent alors dans l'articulation. La tête fémorale est réduite dans tout ou partie de ses dimensions. L'atrophie peut se présenter avec tous les degrés, depuis une

résorption partielle se manifestant par l'apparition de simples dépressions à la surface de la tête fémorale, où encore se manifestant par une diminution de tous les diamètres de la tête, jusqu'à la résorption totale. Cette atrophie absolue peut même s'étendre au col fémoral, le processus destructif se manifestant même par une raréfaction du grand trochanter.

Du côté de l'os coxal apparaissent également des modifications portant sur la cavité cotyloïde. Celle-ci est agrandie, raréfiée et le sourcil cotyloïdien est éculé à sa partie supérieure.

Durant ce stade d'atrophie, il arrive que la tête fémorale diminuée, trop petite pour la cavité cotyloïde, se luxe en haut, chevauche le sourcil cotyloïdien, fait corps avec lui, créant l'ankylose ; c'est là un mode de terminaison de carie sèche.

Mais dans d'autres cas l'action atrophiante est trop considérable pour rendre possible l'ankylose, il y a indépendance absolue des deux os, se traduisant à la radiographie par un large espace clair.

Telle est la façon dont on peut schématiser à la radiographie l'évolution de la carie sèche de la hanche.

CHAPITRE IV

EVOLUTION. — TRAITEMENT

L'évolution de la carie sèche de la hanche est lente, prolongée, sans suppurations, sans abcès, sans fistules articulaires, avec un état général bon. Cette évolution remarquable permet un pronostic vital bénin, très favorable. Seule l'impotence fonctionnelle du membre dont l'articulation coxo-fémorale est atteinte, demeure.

Le traitement doit être général et local.

Le traitement général met en garde l'organisme contre l'infection bacillaire, c'est celui de la tuberculose en général. Le malade est placé dans les conditions hygiéniques les plus propres à assurer une bonne ventilation pulmonaire : séjour au grand air, chambre aérée. Son alimentation est bonne et abondante. Il peut être indiqué d'y adjoindre certaines médications arsenicales, phosphatées et l'huile de foie de morue.

Le traitement local est le plus souvent conservateur et consiste dans l'immobilisation absolue du membre inférieur, avec extension continue au début, s'il y a lieu, pour lutter contre la contracture des muscles et

amener la cessation des douleurs ou tout au moins diminuer leur acuité. Cette immobilisation en bonne position est maintenue pendant toute la durée de l'affection ; une gouttière de Bonnet suffit, qui immobilise les articulations sus et sous-jacentes à la hanche malade et qui assure ainsi celle-ci contre toute mobilité.

Dans les cas où l'ankylose est le mode de terminaison de la carie sèche et si cette ankylose s'est constituée en position vicieuse, une intervention correctrice, ostéotomie transversale sous-trochantérienne ou ostéotomie oblique transtrochantérienne peut être indiquée.

Enfin, dans les cas où, ainsi qu'en fait foi l'observation I, le processus de résorption a agi avec une telle intensité qu'il a amené la disparition de la tête et du col fémoral, créant la hanche ballante, on peut, sous certaines conditions, intervenir et tenter de créer une ankylose artificielle.

On s'abstiendra d'intervenir chez les malades dont la hanche atteinte n'est pas la seule manifestation de l'infection bacillaire, et qui présentent dans leur organisme d'autres lésions tuberculeuses en évolution ou même endormies, chez les malades dont l'état général est mauvais. Il faut craindre, en effet, sous le coup de l'intervention une plus grande rapidité dans l'évolution des lésions en activité ou un réveil des lésions endormies. L'âge du sujet est une condition dont on doit tenir compte ; ne peuvent être opérés que l'adolescent et l'adulte.

Cette ankylose artificielle serait obtenue par le moyen d'une cheville d'os mort (Lemeland) transfixant l'extrémité supérieure du fémur et le cotyle,

CONCLUSIONS

I. — La carie sèche de la hanche n'est qu'une forme spéciale à type atrophique d'arthrite tuberculeuse de la hanche.

II. — C'est une affection de l'adolescence et de l'âge adulte. Sa caractéristique au point de vue anatomique est une atrophie de l'extrémité supérieure fémorale et en partie du cotyle.

L'étude radiographique rend manifeste cette atrophie qui peut aller depuis une simple diminution globale de la tête fémorale jusqu'à la disparition totale de la tête et du col fémoral. De son côté le cotyle se montre raréfié et son bord supérieur est éculé.

III. — Le tableau clinique est variable et si, à la période de début il est caractérisé par la douleur et l'impotence fonctionnelle avec contracture musculaire, à la période d'état il peut présenter les symptômes nets de coxalgie, et ce n'est que l'évolution ultérieure de l'affection, sans abcès, sans fistules articulaires, jointe à l'étude radiographique qui feront porter le diagnostic de carie sèche.

IV. — L'évolution est lente. Le mode de terminaison

habituel serait l'ankylose. Mais la trop grande atrophie de l'extrémité supérieure du fémur, une évolution spéciale peuvent amener la création de la hanche ballante.

V. — Le traitement général est celui de la tuberculose en général.

Le traitement local pendant la période active consiste dans l'immobilisation absolue en bonne position.

Le mode de terminaison qui crée la hanche ballante peut nécessiter, sous certaines conditions, une intervention chirurgicale ayant pour but de suppléer au défaut d'ankylose naturelle, par une ankylose artificielle obtenue par le moyen d'une cheville d'os mort unissant l'extrémité supérieure du fémur à l'os coxal.

Vu :
LE DOYEN,
Pour le Doyen :
L'ASSESEUR,
JEAN LEPINE.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
NOVÉ-JOSSERAND.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 9 Décembre 1920.
LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
Pour le Recteur et par délégation :
LE VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
WADDINGTON.

BIBLIOGRAPHIE

- ALAMARTINE. — Rhumatisme tuberculeux (*Revue de Médecine*, 1907).
- DEMOULIN. — Carie sèche de l'épaule (*Archives générales de Médecine*, 1894).
- DELBET et LE DENTU. — Traité de Chirurgie.
- DOR. — La tuberculose articulaire (*Gazette des Hôpitaux*, 1903).
- DURANTET. — Contribution à l'étude clinique de la carie sèche de la hanche (*Thèse de Lyon*, 1910).
- GANGOLPHE. — Les arthrites tuberculeuses.
- GIRAUDET. — Lésions du cotyle et de l'os iliaque dans la coxalgie (*Thèse de Paris*, 1903).
- GOUGEROT. — Le rhumatisme tuberculeux (*Thèse de Paris*, 1908).
- HARTMANN. — Luxation spontanée dans la coxalgie aiguë (*Revue d'orthopédie*, 1894).
- KIRMISSON. — Formes frustes et anormales de la coxalgie (*Bull. Médical*, 1904).
- Le traitement de la coxalgie et la résection de la hanche (*Revue d'orthopédie*, 1900).
- KOENIG. — Tuberculose des articulations humaines, 1906.
- LANNELONGUE. — La coxo-tuberculose (Académie de Médecine, 1907).
- LAROYENNE. — Coxalgie (*Revue intern. de Méd. et de Chirurgie*, Paris, 1914).
- LERICHE. — Pièces d'os mort, stérilisées pour ostéosynthèse,

présentées à la Société de Chirurgie de Lyon (*Lyon Chirurgical*, 1920).

MAUCLAIRE. — La tuberculose articulaire, 1908.

MARTEL. — Contribution à l'étude des ostéoarthrites tuberculeuses. Formes atrophiques. — Carie sèche de Volkmann (*Thèse de Lyon*, 1895).

MILLER. — Caries sicca (*Annales of Surgery*, Philadelphie, 1908).

MORESTIN. — Chirurgie générale des articulations, 1906.

NOVÉ-JOSSERAND. — Précis d'Orthopédie.

— Les luxations vraies au cours de la coxalgie (*Revue d'Orthopédie*, 1909).

— Variété particulière d'une ostéo-arthrite de l'enfance (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1902).

OLLIER. — Traité des résections.

PATEL. — Carie sèche de la hanche (*Lyon Chirurgical*, 1920).

PONCET. — La tuberculose articulaire.

PONCET et LERICHE. — Le rhumatisme tuberculeux ankylosant (*Revue de Chirurgie*, 1907).

ROTTENSTEIN et HOUZEL. — L'arthrite déformante juvénile et la carie sèche de la hanche (*Revue de Chirurgie*, 1910).

L. THÉVENOT. — La tuberculose articulaire.

TABLE DES MATIÈRES



INTRODUCTION.....	9
OBSERVATIONS	11
CHAPITRE I. — Etiologie Pathogenie Anatomie pathologique,.....	21
CHAPITRE II. — Symptomatologie et Diagnostic.....	23
CHAPITRE III. — Etude Radiographique	28
CHAPITRE IV. — Evolution, Traitement.....	30
CONCLUSIONS	32
BIBLIOGRAPHIE	34



